**ANEXO 1.1: CALIFICACIÓN MÉDICA NACIONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO** |  |
| **RUT** |  |
| **UNIVERSIDAD DE EGRESO** |  |

NOTA: Para conocer la función de cálculo de la Calificación Médica Nacional u otra información relacionada con esta materia, los postulantes deberán solicitar la información directamente a EUNACOM o su respectiva Casa de Estudios.

**ANEXO 1.2: CONCENTRACIÓN DE NOTAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** |  |
| **RUT** |  |
| **UNIVERSIDAD DE EGRESO** |  |

# Este anexo debe ser llenado por los profesionales egresados de Universidades extranjeras, y deben incorporar concentración de notas y la escala de notas de su Universidad donde se especifique cual es la nota máxima y la de aprobación, para de este modo homologar la nota a la escala chilena. (Toda la documentación debe ser fotocopia legalizada)

**ANEXO Nº 2 FORMULARIO DE AYUDANTE ALUMNO/A**

**Nombre:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Año Académico Cursado** | **Fecha inicio**dd/mm/aa | **Fecha término**dd/mm/aa |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Director Escuela de Medicina** | **Director Escuela de Pregrado** | **Secretario de Estudios** |
| (Nombre, Firma y Timbre) | (Nombre, Firma y Timbre) | (Nombre, Firma y Timbre) |

***(Cumple el requisito con la firma de al menos una de las tres autoridades universitarias)***

**ANEXO Nº 3.1 TRABAJOS PUBLICADOS EN REVISTA CON COMITÉ EDITORIAL**

# FORMULARIO DE TRABAJOS CIENTÍFICOS– RUBRO 3

**Nombre:**

# ANTECEDENTES POR TRABAJO

i)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTOR:** |  |
| **NOMBRE DE REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PUBLICACIÓN O FECHA DE ACEPTACIÓN:** |  |

ii)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTOR:** |  |
| **NOMBRE DE REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PUBLICACIÓN O FECHA DE ACEPTACIÓN:** |  |

iii)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTOR:** |  |
| **NOMBRE DE REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PUBLICACIÓN O FECHA DE ACEPTACIÓN:** |  |

**ANEXO Nº 3.2 TRABAJOS COMUNICADOS EN CONGRESOS CIENTÍFICOS**

# FORMULARIO DE TRABAJOS CIENTÍFICOS – RUBRO 3

**Nombre:**

# ANTECEDENTES POR TRABAJO

i)

|  |
| --- |
| **TÍTULO:** |
| **AUTOR:** |
| **NOMBRE DEL CONGRESO:** |
| **FECHA DEL CONGRESO:** |

ii)

|  |
| --- |
| **TÍTULO:** |
| **AUTOR:** |
| **NOMBRE DEL CONGRESO:** |
| **FECHA DEL CONGRESO:** |

iii)

|  |
| --- |
| **TÍTULO:** |
| **AUTOR:** |
| **NOMBRE DEL CONGRESO:** |
| **FECHA DEL CONGRESO:** |

**ANEXO Nº 4.1 FORMULARIO PRÁCTICA ATENCIÓN ABIERTA**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** |  |
| **SERVICIO DE SALUD** |  |
| **ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año Académico Cursado** | **Fecha inicio** | **Fecha término** | **Horas por año** | **Horario del Turno** |
| **4º** |  |  |  |  |
| **5º** |  |  |  |  |
| **6º** |  |  |  |  |
| **7º** |  |  |  |  |

# Nota: Se debe adjuntar el o los certificados de las Prácticas de Atención Abierta efectuadas teniendo el 4to año rendido, emitido por el Profesional (médico, matrona, enfermero(a) u otro profesional) que supervisó directamente la práctica. El certificado debe contar con la firma del supervisor y visado por el Director del Establecimiento donde se realizó la práctica

**ANEXO Nº 4.2 FORMULARIO HORAS DE PRÁCTICA DE INTERNADO EN ATENCIÓN PRIMARIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** |  |
| **UNIVERSIDAD** |  |
| **SERVICIO DE SALUD** |  |
| **ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL PROGRAMA DE INTERNADO** | **CANTIDAD DE HORAS** | **DÍAS** | **ESTABLECIMIENTO** | **AÑO ACADÉMICO CURSADO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **TOTAL DE HORAS:** |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** |  |
| **CARGO (**Indicar Director de Carrera o Secretario de Estudios**)** |  |
| **FIRMA** |  |
| **TIMBRE** |  |

Nota: No se considerará desempeño en establecimientos de urgencias como tiempo de actividad de práctica.

Debe acompañar certificado que especifique días y horarios de trabajo lo que debe ser concordante con las horas declaradas en este anexo. La Comisión otorgará el puntaje de acuerdo con las horas efectivamente acreditadas, hasta un máximo de 240 horas. No se asignará puntaje a prácticas en internados por menos de 120 horas.

En caso de que el número de programas exceda el número de espacios disponibles en este anexo, repita el anexo cuantas veces sea necesario.

**ANEXO Nº 4.3 FORMULARIO PRÁCTICA ATENCIÓN EN PERSONAS JURÍDICAS SIN FINES DE LUCRO**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** |  |
| **INSTITUCIÓN** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | **Fecha inicio** | **Fecha término** | **Horas Realizadas** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# Nota: Se debe adjuntar además el o los certificados de las Prácticas de Atención en Personas Jurídicas sin Fines de Lucro, según lo requerido en el rubro y el certificado de vigencia que, de cuenta, que la entidad tiene una antigüedad mayor a 3 años desde su creación.

**ANEXO Nº 5: CURSOS DE CAPACITACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO**

**NOMBRE DEL POSTULANTE**

**NOTA:** Ordenar los Cursos de capacitación o perfeccionamiento por certificado adjunto. **Fotocopiar esta página cuando sea necesario.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL CURSO | Nº HRS. | APROBADO CON NOTA |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ANEXO N° 6**

**Formato de Experiencia profesional en Atención Primaria de Salud**

**NOMBRE COMPLETO ................................................................................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LUGAR DE TRABAJO(\*) | TIEMPO EN FUNCIONES | DOCUMENTACIÓN DE ACREDITACIÓN | NºDE MESES(+) |
| Desde | Hasta |
| Dia/mes/año | Día/mes/año |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(x) Adjuntar Documentos de Acreditación

(+) 15 días más o menos = sumables hasta completar un mes.

|  |
| --- |
| USO EXCLUSIVO DE LA COMISION |
| TOTAL MESES | PUNTAJES |
|  |  |
| FIRMA |  |

**ANEXO N° 7**

**Formato de carta de Presentación de Apelación**

# SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PRESENTE

Junto con saludar, me dirijo a Ud. para solicitar tenga a bien acoger la solicitud de revisión del puntaje otorgado en el(los) siguiente(s) Rubro(s):

En caso de apelar inadmisibilidad solo describir argumentación en este formulario y adjuntar documentos necesarios.

|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE APELACION** |
| **Inadmisibilidad:** |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** |
|  |
|  |
|  |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** |
|  |
|  |
|  |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | **RUT** | **Firma** |
|  |  |  |

* Se puede Reponer y/o Apelar tanto por un rubro como por todos ellos.
* Para que la Reposición y/o Apelación sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes con que se cuenten para apoyar la Solicitud, respecto de documentos enviados